

ADHÉSION FACULTATIVE : ADHÉSION DE LA FAMILLE

Je demande l'adhésion de la famille

au régime de frais de santé du : 0 1 | | | | | | | |

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prendra effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande.

Membres de la famille qui bénéficieront du régime de frais de santé

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS (2)			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à _ _ ans inclus (2)			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>

(1) Je m'oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion, je coche la case

(2) Ayants droits pris en charge tel que prévu dans la notice d'information.

Les cotisations de l'adhésion pour moi-même et ma famille sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées mensuellement directement sur mon compte bancaire/postal.

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(les) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI .
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'informations du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R RÉUNICA Prévoyance commence à s'exécuter à partir de la date d'affiliation figurant sur le bulletin d'affiliation et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.
- Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à: _____

Date: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature **obligatoire** de l'assuré

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, et à l'exception de vos données de santé et de votre numéro de sécurité sociale, être communiquées aux autres membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services. Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande.

Les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

